Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

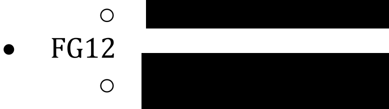
Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*20.11.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted] *Konferenz*

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted] 
- FG12 
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]

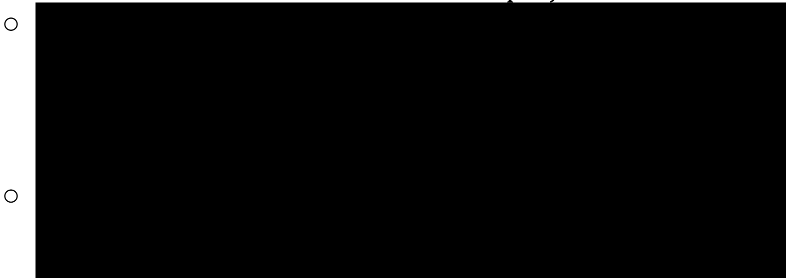
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Fälle, Ausbreitung (Folien hier): >56,3 Mio. Fälle weltweit, >1,3 Mio. verstorbene (2,4%) ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage ▪ Tendenz zunehmend: USA, Italien, Brasilien, Russland und GB zunehmend ▪ Tendenz sinkend: Indien, Frankreich, Polen, Deutschland, Spanien ○ 7-Tages-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einw. ▪ Aktuell 82 Länder ▪ Seit Anfang Oktober auch Anstieg in Afrika, dort werden Fallzahlen nun auch von nordafrikanischen Ländern getrieben (vorher v.a. Südafrika) ▪ Viele Meldungen im Iran, Jordanien und Marokko, nach WHO EMRO werden Maßnahmen dort nicht gut eingehalten ○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einw. – EU/EWR/UK/CH ▪ Island und Finnland alleine nicht über der 50/100.000 Schwelle ▪ Frankreich, Spanien und Polen aktuell Vorreiter, Italien auch langsamer Anstieg ▪ Dänemark hat Corona Beschränkungen in Jütland, ursprünglich bis 3.12 geplant, aufgehoben da Inzidenz nach Nerz-Geschehen gesunken ist, Kultur- und Freizeiteinrichtungen dürfen dort erneut öffnen ▪ In Spanien dürfen demnächst wieder Restaurants, Bars und Kinos öffnen, Personenzahl Beschränkungen ○ Finnland ▪ Insgesamt 19.935 Fälle, 7-Tages-Inz. 28,8/100.000 ▪ Testrate hat im November abgenommen, Positivrate und Neuinfektionen sind gestiegen ▪ Hybrid-Strategie, verstärktes testen, KoNa und Behandeln von Fällen → effektives Testsystem und Nachverfolgung von Übertragungen ▪ Maßnahmen: aktuell mild, im März 2 Monate strikter Lockdown, ab Mai langsame Öffnungen ▪ Es gab noch Depots mit Masken und PPE vom kalten Krieg, genug Material war verfügbar	 ZIG1

	▪ Zentraler Bestandteil Strategie ist eine App, 45% der Bevölkerung nutzt sie (in DE 27%) und sie wird aktiv auch für die KoNa genutzt ▪ Höchste Rate an Telearbeit in Europa (>60%) ▪ Keine Maskenpflicht, sind jedoch in Großstädten empfohlen und dies wird befolgt, generell befolgt finnische Bevölkerung Empfehlungen, es gibt ein großes Vertrauen in Regierung und Maßnahmen ▪ Personenzahl in Restaurants beschränkt, generell kein Volk großer Menschenansammlungen, auch sehr niedrige Bevölkerungsdichte ▪ Nutzung alternativer Methoden bei Ankunft am Flughafen, z.B. Einsatz von Hunden auf freiwilliger Basis, dann PCR Test ▪ Krisenkommunikation ist mehrschichtig (verschiedene Gruppen individuell adressiert) und modern, z.B. Einbindung von Influencern ▪ Genaue Teststrategie soll nachgereicht werden o Südkorea und Taiwan: beide haben Epidemie-Erfahrung ▪ Südkorea: 2015 MERS-CoV → Umstrukturierung von Notaufnahmen, Maßnahmen zum Gesundheitsschutz ▪ Taiwan: 2002-3 SARS • Zusammenfassung o Afrika: Anstieg, aktuell v.a. in nordafrikanischer Region o Europa: weiter größter Anteil neuer Fälle und Todesfälle • Diskussion o Wichtig: Personalkapazität für KoNa im Verhältnis zu Fällen o Geringere Fallzahl, besser zu managen, z.B. Superspreader im Nachtclub in Südkorea im Mai, starke Reaktion und Maßnahmen damals o Ziel für Deutschland: Fallzahlen so niedrig wie möglich zu halten (auch von Seiten des BKA), ist ggf. nicht in jedem Land das Ziel (manche Länder haben die Situation mehr laufen lassen) o RKI liefert Grundlagen hierfür inklusive Strategie und Kommunikation in den politischen Raum (inkl. Beratung von BKA), wir können nicht zu Handlung verpflichten oder diese erzwingen o Bundesländer gehen nicht immer mit den Plänen des Kanzleramts d'accord - siehe Schule o Im Grunde ist Deutschland wie Finnland aufgestellt und hat denselben Ansatz, unsere Fallzahlen sind höher und Finnland hat gewissen Vorteile (z.B. Bevölkerungszahl/ dichte, Kulturunterschiede) o In DE gute Institutionen die Daten publizieren, HZ, Fraunhofer, OECD Bericht bestätigt dies o Teilweise lassen Ministerpräsidenten sich von Wissenschaftlern mit anderen Überzeugungen beraten; die meisten Virologen sind gegen freies durchlaufen lassen des Virus und für die vom RKI entwickelten Empfehlungen	

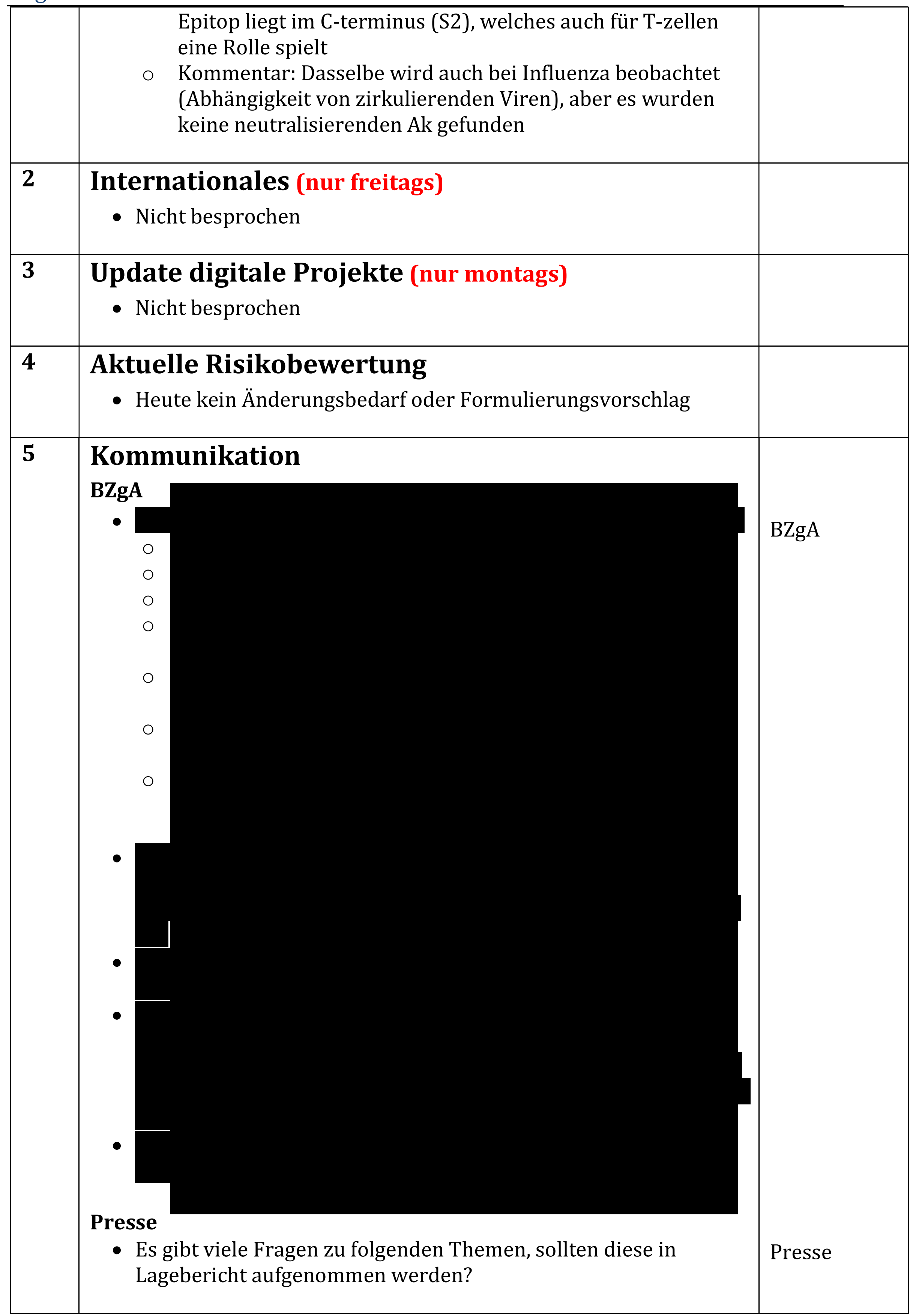
	○ RKI Stärke: nicht politisches Mandat (oder Kommunikation), sondern Schaffung wissenschaftlicher Grundlagen, RKI muss sich auf Evidenz berufen ○ RKI sollte Modelle entwickeln von denen etwas abgeleitet werden kann (bis mehr Zahlen verfügbar sind)? *ToDo: ZIG1 Vorstellen der Teststrategie in Finnland* **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 879.564 (+23.648), davon 13.630 (1,5%) Todesfälle (+260), 7-Tage-Inzidenz 139/100.000 Einw., Reff=0,98, 7T Reff=1,05 ○ Heute erneut ein Top-Wert, deutlich mehr als gestern und etwas mehr als letzte Woche (evtl. noch stets Plateau?) ○ 1% der Bevölkerung wurden bereits als bestätigt registriert ○ 3.588 Fälle auf Intensivstation ○ 7-Tages-Inzidenzen ▪ Plateaubildung, deutlicher Abfall in Bremen lag auch an technischen Problemen ▪ 10 Kreise mit Inzidenz >300/100.000 ○ Wöchentliche Sterbefallzahlen ▪ Nicht erheblich höher als Durchschnitt letzter Jahre ▪ Nachmeldungen noch möglich ▪ Anders als in manchen europäischen Ländern, z.B. Belgien im 3. Mortality Peak ▪ In Finnland wie Deutschland keine sichtbare Exzessmortalität, in DEU ggf. auch wegen BL mit niedrigen Zahlen	FG32/FG38
	Diskussion • Effektivität von Maßnahmen – messbar? ○ Vergleich von Maßnahmen (inkl. Schnelligkeit) und Effekt auf BL- oder noch besser Kreisebene wäre wünschenswert, um Unterschiede auszuwerten und zur Evidenzerschaffung die transparent dargelegt werden könnte ○ RKI hat gewisse Daten auf Kreisebene, aber das Geschehen ist multifaktoriell und unterliegt einer Vielzahl von Einflussfaktoren (nicht nur verordneten Maßnahmen) ○ Außerdem ist Umsetzung von Maßnahmen sehr heterogen und unterscheidet sich auf lokaler Ebene erheblich, außerdem werden diese nicht systematisch erfasst ○ LK/SK und sogar einzelne Stadtteile unterscheiden sich sehr bezüglich der sozioökonomischen Struktur (gestern im Expertenbeirat diskutiert) ○ Erfolg von Maßnahmen kann mit RKI-Daten nicht zufriedenstellend beantwortet werden, selbst mit lokalen Studien wird es nicht mit ausreichendem Detail erfasst ○ Wir wissen, welche Faktoren die Inzidenz hochtreiben und kennen sinnvolle Maßnahmen, werden dies aber mit RKI-Daten nicht belegen können	Alle

- Zielwerte
  - Frage: wohin müssen wir, um wieder Kontrolle zu erlangen?
  - Ende Oktober ging die Kontrolle verloren
  - Aktuelles Ziel ist 7-Tage-Inz. <50/100.000, dies entspricht 5.700 Fällen/Tag, eigentlich noch relativ viel, fraglich ob Lage dann unter Kontrolle ist?
  - Modellierer sollten dies anschauen, wann Kontrolle realistisch ist, welche Zahlen sollen durch Maßnahmen angestrebt werden, wann müssen sie verschärft werden? Woran sollten diese festgemacht werden? Wie definieren wir diese Kontrolle? Dass KKH und IST nicht überlaufen sind? Ist dies aktuell erreicht?
  - Basismaßnahmen befinden sich in der Anlage 2 des RKI-Strategiepapiers (hier), klassische Infektionsschutzmaßnahmen, Ziel: keine/wenig wirtschaftliche und Lebenseinschränkungen und trotzdem keinen Inzidenzanstieg, manche Länder schaffen das (Finnland)
  - Maßnahmen sollten stark hochfahren, wenn Zahlen steigen
- StopptCOVID-Studie
  - Läuft seit einem Monat mit zwei Teilprojekten:



  - [redacted]
- Schulen
  - In Schulen ist Maßnahmen-Umsetzung höchst unterschiedlich und eine Evaluierung derselben viel komplizierter, jede sieht anders aus (Lehrerschaft, Räume, Disposition, usw.)
  - Im Schulbereich gibt es klare Vorgaben von Kultusministerien die umgesetzt werden müssen, diese liegen dem RKI nicht vor, anfrage läuft, ob diese zu zahlen korreliert werden können, im stoppcovid Projekt sind Maßnahmen nicht erfasst, wenn daten nicht verfügbar sind können keine Korrelationen erstellt werden
  - Im Bereich der Veranstaltungen kann Evidenz einfacher herausgearbeitet werden
  - [redacted] hat test-trace-and-isolate (TTI) Kipppunkte definiert, jenseits derer Kontrollverlust eintritt (hier): es wird beschrieben, ab wann Kapazität der GA überschritten wird jedoch kein Zahlenwert genannt
  - Könnte kein Zahlenwert definiert werden?
  - [redacted] und [redacted] können sich mit diesen in Verbindung setzen um Möglichkeiten zu eruieren, ist eine Kapazitäts- und Priorisierungsfrage
  - Warum gehen die Zahlen nur so schleppend runter? Haben die Maßnahmen kaum Auswirkungen auf Haushalte?

	Müssen wir noch eine Empfehlung geben, dass kranke nicht zu Hause gepflegt werden? ◦ Auswertungen zu Übertragung in Haushalten wurden z.B. in Dänemark gemacht, sollte dies hier näher untersucht werden? (s. auch unter Strategie) • Fachliche Einschätzung mehrerer Publikationen zu AK bei Kindern und Jugendlichen [redacted] (Folien hier) ◦ Zur Frage der Antikörper (Ak) Kreuzreaktivität zwischen endemischen Coronaviren HCoV und SARS-CoV-2 gibt es 4 Studien: ◦ 1. Science Paper (Ng KW et al., Science 2020): ▪ 4 Gruppen wurden untersucht, Ak-positive mit neutralisierenden Ak, (grau) nicht PCR-positiv aber teilw. auch neutralisierenden Ak, auch bei Kindern (und Kindern die nicht infiziert waren) ▪ Controls: andere Gruppen und Kohorten ▪ 1-15% der nicht-infizierten hatten neutralisierende Ak ▪ IgG Reaktivität korreliert ▪ Nur erkrankte haben IgG gebildet ▪ Personen die nicht infiziert waren aber Ak hatten, hatten IgG aber kein IgM und IgA ◦ 2. Anderson EM et al: HCoV Ak Nachweis nach SARS-CoV-2-Infektion, Ak wurden gefunden aber kein Schutz, kein großer Unterschied bei Cases und Controls, kreuzreaktive Ak hatten so gut wie keine neutralisierende Wirkung ◦ 3. Weisberg SP et al: ▪ Vergleich von Ak-titer von Erwachsenen und Kindern mit verschiedenen Krankenverläufen ▪ Alle waren infiziert und mild oder schwer erkrankt (ARDS) ▪ Bildung neutralisierender Ak eher Alters- und nicht Krankheitsschwereabhängig ▪ Kinder vermehrt respiratorische Infektion → mögliche Immunität aus Vorerkrankungen die sie gegen SARS-CoV-2 schützt, aber nicht erkannt wird ◦ 4. Poston D et al: keine kreuz-neutralisierende Reaktion, keine Hinweise wie alt Personen waren (Kinder dabei?) ◦ Schlussfolgerung: nur in 1. Studie wurden neutralisierende Ak gefunden, es gibt kreuzreaktive Wirkung, diese ist möglicherweise altersabhängig und wiederkehrend (splendid Isolation in Science Publikation), geografische Lage und zirkulierende saisonale CoV Stämme spielen eventuell eine Rolle ◦ Diskussion: Wie kann Altersabhängigkeit erklärt werden? Möglicherweise damit, dass Kinder häufiger Infektionen mit endemischen Viren durchmachen, höhere Infektionsrate, relativer Schutz korreliert, dies ist nur eine Vermutung, auch ist es möglicherweise saisonal abhängig (welcher CoV)	FG12



	Epitop liegt im C-terminus (S2), welches auch für T-zellen eine Rolle spielt ○ Kommentar: Dasselbe wird auch bei Influenza beobachtet (Abhängigkeit von zirkulierenden Viren), aber es wurden keine neutralisierenden Ak gefunden	
2	**Internationales** **(nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte** **(nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Heute kein Änderungsbedarf oder Formulierungsvorschlag	
5	**Kommunikation** **BZgA** [redacted] **Presse** • Es gibt viele Fragen zu folgenden Themen, sollten diese in Lagebericht aufgenommen werden?	BZgA Presse

	1. Testzahlen nach Altersgruppen 2. Schulen und Kitas, wie viele sind von Ausbrüchen betroffen? • Zu 1. Testzahlen nach Altersgruppen können nicht bundesweit jedoch differenziert nach Altersgruppen dargestellt aus ARS-Daten ausgewiesen werden (nicht bundesweit aussagekräftig), ARS-Daten werden teilweise im Mittwochsbericht veröffentlicht, könnte verlinkt werden • Zu 2. Situation zu Kindern und Jugendlichen wird monatlich berichtet, montags vorgestellte Entwicklungen bei Schulen könnten ggf. für Lagebericht übernommen werden • Ausbrüche in Schulen sind nicht im Corona-Kita-Bericht (betrifft 0-5-jährige), könnten jedoch mit aufgenommen werden • Bitte Lagebericht nicht verlängern: weitere Daten werden weitere Fragen bzw. Erklärungsbedarf generieren, da sie nicht so leicht zu interpretieren sind, besser auf Corona-Kita-Bericht verweisen • Entscheidung: beide Aspekte werden im Lagebericht verlinkt und der jeweiligen Bericht getwittert, außerdem ggf. Aufnahme anlassbezogen in Pressebriefings → was bereits veröffentlicht wird, wird sichtbarer gemacht	
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **Community transmission (Wording anpassen?)** • Wurde bereits besprochen und entschieden, es in aktueller Situation (Lockdown) nicht bei der WHO anzupassen • Nicht ganz klar, woher TOP heute kam, sollte geklärt werden • Wenn es auf RKI-Webseite geändert wird, sollte dies auch international getan werden • Thema Verschoben **Einreisequarantäne** (Text hier) • Abgestimmter Textvorschlag ○ Zusammenfassend wird bei Personen mit nachgewiesener Infektion von einer partiellen Immunität ausgegangen, ohne spezifisch auf den Zustand der Personen einzugehen ○ Im Text steht: Selbstmonitoring soll erfolgen, sofortige Selbstisolation und Testung bei Symptomen, da es zu Infektion und Erkrankung kommen kann ○ Unterschied ist, dass Person und KP nicht in Quarantäne gehen • Diskussion ○ Nach durchgemachter SARS-CoV-2 Infektion und nach jetzigem Kenntnisstand haben Personen eine protektive Immunität, d.h. sie werden bei Reinfektion nicht so krank	Alle FG36/FG38

	- o Es gibt keine Evidenz für eine „sterilising immunity", bei schon einmal infizierten Personen vermehrt sich das Virus mit großer Wahrscheinlichkeit noch stets in der Nasopharynx und die Person ist eventuell noch ansteckend → vulnerable Gruppen können noch stets angesteckt werden - o Re-exponierte sollten nicht mehr in Quarantäne, Rationale: Virusausscheidung ist dann nicht so lang und nicht so heftig (ähnlich asymptomatisch erkrankter) - o Kritischer Punkt sollte noch für medizinischen Bereich (KP III) herausgearbeitet werden, da dies weitreichende Folgen für Einsatz von Personal hat - Fertigstellung durch FG36, FG37, FG17 sprechen sich ab - Labornachweis - o Welcher internationale Molekular-Nachweis genügt, sollte dies noch spezifiziert werden? - o Nutzung der Länderliste von akzeptierten Laboren als Grundlage? - o Ja, das ist das was das BMG sich gewünscht hat *ToDo: FG36, FG37, FG17 stimmen Text gemeinsam ab*	
	Strategie Fallzahlen Maßnahmen (fortgesetzt von oben Lage National) - Bei mehr Erkrankungen mehr Übertragungen, deswegen müssen daran Maßnahmen verknüpft werden - Nicht ganz klar, welche Maßnahmen die Regierung aktuell hieran verknüpft - o Massenveranstaltungen z.B. werden während des aktuellen Lockdowns auch in großem Umfang (mehrere tausend Personen, ohne Möglichkeit der Einhaltung von Hygienekonzepten) weiterhin zugelassen → Verbot von Massenveranstaltungen ist erwiesenermaßen die wirksamste Maßnahme (s. ZIGs OECD-Analyse), ein einheitliches Vorgehen sollte angegangen werden - o Bei Jugendlichen (~15-20 jährige, Differenzierungen können noch diskutiert werden) gibt es deutlich sichtbaren Anstieg in Übertragungszahlen, Wechselunterricht (Präsenz- und digitale Alternativen im Wechsel, Einsatz von digitalen Medien) zu empfehlen/Empfehlung zu unterstützen, auch SchülerInnen in Quarantäne könnten hiervon profitieren - o Expertenrat gestern: sozial benachteiligte Gruppen haben höheres Infektions- und Erkrankungspotential, wie erreichen wir diese und können diese besser unterstützen? Vielleicht haben sie keine Isolationsmöglichkeit in ihrem zuhause? - o Maßnahmen werden halbherzig umgesetzt, strikteres Angehen würde ggf. erlauben, schneller aus der Stagnation der Zahlen herauszukommen - o Ggf. sind weitere Veranstaltungen z.B. Gottesdienste ebenso riskant, auch hinsichtlich der spezifischen Teilnehmenden	Alle

	• Rechtsgrundlage wurde mit Streichung 7.4 entzogen (?) • Wie kann dies alles an die entscheidenden Stellen kommuniziert werden? • [redacted] • [redacted] • Eventuell auch breitere Kommunikation EpiBull Artikel, Thema aktuelle Lockdown Situation und kritische Punkte **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
8	**Dokumente** **Presseinformation DGEpi - Stellungnahme zur Pandemiekontrolle im Winter** • Surveillance und Abt 3 könnten die geplanten Indikatoren überprüfen um zu gucken, was tatsächlich davon umgesetzt werden kann? • AG Teststrategie soll sich hierum kümmern *ToDo: AG Teststrategie Untersuchung und ggf. Vorbereitung einer Stellungnahme* [redacted] • [redacted] • Wir wissen nicht, wie viele Antigen-Nachweise gemacht werden • Information zum Testgrund steht Laboren nicht zur Verfügung, diese erhalten Testanfragen ohne Begründung • Testgrund könnte ggf. auf Bitte durch 1-2 Labore erfragt werden, ist aber ressourcenintensiv und im Alltag nicht möglich • Erfragung der Anzahl verkaufter Antigentests? Wäre als indirekte Messung eventuell interessant • Über ARS werden Antigen-Tests in Großlaboren erfasst, auch, ob Bestätigung durch PCR im gleichen Labor stattfindet • [redacted]	FG38/VPräs/ alle VPräs/alle
9	**Update Impfung (nur freitags)** • Nicht besprochen	

10	**Labordiagnostik** • FG17 ○ 297 Einsendungen in letzten 4 Wochen ○ 12 (4%) SARS-CoV-2 positive, 92 Rhinoviren ○ Insgesamt langsamer Anstieg des Probeneingangs, sicherlich auch weil FG36 Kontakt Praxen an Wichtigkeit der Probeneinsendung erinnert hat • ZBS1: GA schicken zum ersten Mal weniger Proben diese Woche, Erhalt von mehr Studienproben (Coala, CoMoLo, como…?), Zeitplan für weitere Evaluierung soll festgelegt werden	FG17 ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
13	**Surveillance** • Nicht besprochen	FG32
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen, ggf. Bericht zu DEA am Montag	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
16	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 23.11.2020, 13:00 Uhr, via [redacted]	